

ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

(宛先) 京 都 市 長		年	月	日
届出者の住所 京都市 区		届出者の氏名		
(電話) -	(携帯) -	扶養者との続柄 ()		

京都市ひとり親家庭等医療費支給条例施行規則第14条の規定により次のとおり届け出ます。

受給者 ※受給資格を喪失する受給者	扶養者 (母、父又は 児童の扶養 者)	住所	□届出者に同じ							
		氏名	□届出者に同じ	受給者番号						
	児童①	氏名		受給者番号						
	児童②	氏名		受給者番号						
	児童③	氏名		受給者番号						
	児童④	氏名		受給者番号						
受給資格喪失の内容		<input type="checkbox"/> 婚姻した(事実上の婚姻関係を含む) <input type="checkbox"/> 所得制限を超過した(受給者・その他) <input type="checkbox"/> 生活保護を受給した <input type="checkbox"/> 市外に転出した、または転出予定 <input type="checkbox"/> 京都市重度心身障害者医療費支給条例の規定による <input type="checkbox"/> 医療保険の資格を喪失した 医療費の支給を受けることとなった <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 亡くなった								
喪失年月日		年 月 日								

注 該当する口には、レ印を記入してください。

※本市使用欄	課長	係長	係員
上記の申請に基づき裏面のとおりに決定する。 令和 年 月 日			

扶養者又は扶養義務者の変更等に伴う所得状況確認欄

所得の内訳		所得状況		の 年分所得	の 年分所得	の 年分所得	
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数				人(老扶 人)	人(老扶 人)	人(老扶 人)	
前年の所得額				円	円	円	
控除	雑損			円	円	円	
	医療費			円	円	円	
	一律	80,000		円	80,000 円	80,000 円	
	小規模企業共済等掛金			円	円	円	
	配偶者特別			円	円	円	
	障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	円	人	円	人 円	
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	円	人	円	人 円	
	障害者、特別障害者、寡婦(夫)、特別寡婦、勤労学生、ひとり親の別	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> 勤 <input type="checkbox"/> ひ親	円	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> 勤 <input type="checkbox"/> ひ親	円	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> 勤 <input type="checkbox"/> ひ親	円
	本年の災害・医療費			円	円	円	
	給与所得・年金等に係る所得に対する控除			円	円	円	
特定親族特別	人	円	人	円	人 円		
控除後の所得額				円	円	円	

添付資料 確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 保険確認書類 <input type="checkbox"/> 同居者・扶養関係者等調書 <input type="checkbox"/> 民生・児童委員の確認書 <input type="checkbox"/> 個人番号利用に関する申告等について <input type="checkbox"/> 申立書() <input type="checkbox"/> その他()
-------------	---

審査結果欄	□喪失	資格喪失年月日	受給者証回収年月日	喪失事由
		年 月 日	年 月 日	11 主たる生計維持者の所得制限超過 12 ひとり親世帯非該当 13 年齢非該当 14 市内転出 15 市外転出 16 保険資格喪失 17 他制度該当() 18 死亡 19 その他()
		喪失(却下)通知年月日	受給者証回収事由	
		年 月 日	① 窓口 ④ 書損 ② 郵送 ⑧ 未交付 ③ 亡失	
		証返却勸奨通知送付日()		

備考	
----	--